

# PROGRAMAS DE ASISTENCIA TELEFÓNICA LIFELINE Y LINK-UP PARA LOS CLIENTES DE QWEST EN ARIZONA

Para poder lograr que el servicio telefónico sea más accesible para los hogares de bajos recursos, Qwest apoya los programas de asistencia telefónica Lifeline y Link-Up del gobierno federal. El Departamento de Seguridad Económica de Arizona – Administración de Servicios Comunitarios (DES-CSA por sus siglas en inglés) administra estos programas para Qwest.

## ¿QUÉ ES LO QUE OFRECEN ESTOS PROGRAMAS?

- **LIFELINE** otorga a los clientes elegibles un **crédito mensual** de \$8.05 para ayudar a compensar el costo de su línea telefónica residencial. El servicio telefónico debe estar facturado al individuo que solicita la asistencia telefónica. (El crédito no se puede aplicar al servicio de telefonía móvil de Qwest.) Si usted recibe actualmente un descuento por parte de los programas Senior Telephone Discount Program (STDP) o Medically Needy Telephone Assistance Program, usted no es elegible para solicitar el programa Lifeline.
- **LINK-UP** ofrece a los clientes elegibles un crédito por una sola vez, de \$13.75 para ayudar a compensar el cargo de instalación asociado con su línea telefónica residencial. Los clientes que califican para la asistencia Lifeline también pueden recibir el crédito Link-Up, si su solicitud para asistencia telefónica es recibida dentro de los siguientes 60 días después de la instalación de su servicio telefónico y si anteriormente no han recibido un crédito Link-Up en ese domicilio.

## ¿QUIÉN ES ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA TELEFÓNICA?

Los clientes califican para obtener asistencia telefónica cuando participan en uno de los siguientes programas de bajos recursos:

- AHCCCS (Medicaid)
- Food Stamps
- Supplemental Security Income (SSI)
- Federal Public Housing Assistance
- Low-Income Home Energy Assistance, recibida en el transcurso del año anterior
- Temporary Assistance to Needy Families (TANF)
- National School Lunch Program (NSL)
- State Children's Health Insurance Plan (SCHIP) o KidsCare

Los clientes también pueden calificar para asistencia telefónica si el ingreso familiar de su hogar está al nivel o es menor del 150% de las Guías Federales de Pobreza (vea la solicitud para más detalles).

## ¿CÓMO PUEDO SOLICITARLA?

Si actualmente usted tiene su servicio telefónico con Qwest, simplemente llene la siguiente solicitud y envíela por correo a DES-CSA a la dirección que aparece al final de la solicitud. **Si DES considera que usted es elegible, los créditos Lifeline aparecerán en su factura telefónica en aproximadamente 60 días.**

Si actualmente usted no tiene su servicio telefónico con Qwest, por favor llame al Servicio al Cliente de Qwest al 1 800-564-1121 para ordenar el servicio ANTES de que envíe la solicitud completa.

Los clientes que soliciten Lifeline basados en el tamaño de su familia y el nivel de ingresos, deben enviar una copia de uno de los siguientes documentos:

- La Declaración de Impuestos Estatal o Federal del año anterior
- Estado de Cuenta del Ingreso o el Talón del Cheque de Pago de 3 meses consecutivos
- Estado de Cuenta de los Beneficios del Seguro Social
- Estado de Cuenta de los Beneficios de la Administración de Veteranos
- Estado de Cuenta de los Beneficios de Retiro o Pensión
- Estado de Cuenta de los Beneficios de Desempleo o Compensación al Trabajador
- Carta de Participación en la Asistencia General Federal o de BIA
- Decreto de Divorcio
- Documentación de Manutención de Menores

## PARA MÁS INFORMACIÓN

Si tiene alguna pregunta, por favor llame a DES-CSA al 602 542-6600 o al 1 800 582-5706.

# SOLICITUD PARA LIFELINE Y LINK-UP PARA ARIZONA

(Por favor use letra de molde)

Nombre \_\_\_\_\_  
 (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección \_\_\_\_\_  
 (N'mero y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número Telefónico Residencial: \_\_\_\_\_  
 (El nombre de la persona que solicita la Asistencia Telefónica debe aparecer en la cuenta telefónica.)

**POR FAVOR LLENE LA CAJA 1 – 0 – LA CAJA 2.** (Usted **NO NECESITA** llenar las dos cajas)

1. Actualmente participo en el(los) siguiente(s) programa(s): Marque todos los que apliquen	
<input type="checkbox"/> Medicaid / AHCCCS	Caso No. _____
<input type="checkbox"/> Food Stamps	Caso No. _____
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	Caso No. _____
<input type="checkbox"/> Federal Public Housing Assistance	Caso No. _____
<input type="checkbox"/> Temporary Assistance to Needy Families program (TANF)	Caso No. _____
<input type="checkbox"/> State Children's Health Insurance Plan (SCHIP) o KidsCare	Caso No. _____
<input type="checkbox"/> National School Lunch program (NSL)	
<input type="checkbox"/> Low-Income Home Energy Assistance recibida en el transcurso de los últimos 12 meses	

2. SI USTED NO PARTICIPA EN UNO DE LOS PROGRAMAS LISTADOS ARRIBA, todavía puede calificar para asistencia telefónica basado en el tamaño de su familia y el nivel de ingreso. ("Familia" se refiere al número de personas que ocupan su hogar como lugar de residencia.)

Por favor marque la Caja	Numero de Personas en la Familia:	Ingreso Familiar de o menos de:	Por favor marque la Caja	Numero de Personas en la Familia:	Household Income at or Below:
<input type="checkbox"/>	1	\$14,364	<input type="checkbox"/>	6	\$38,808
<input type="checkbox"/>	2	\$19,248	<input type="checkbox"/>	7	\$43,704
<input type="checkbox"/>	3	\$24,144	<input type="checkbox"/>	8	\$48,588
<input type="checkbox"/>	4	\$29,040	<input type="checkbox"/>	No: _____ *	\$ _____ *
<input type="checkbox"/>	5	\$33,912	*Por cada persona adicional agregue, add \$4,896		

Estoy de acuerdo en notificar a DES-CSA si hubiera un cambio de domicilio o número telefónico cuando deje de participar en cualquiera de los programas de asistencia pública calificados y arriba mencionados, o cuando exista un cambio en el tamaño de mi familia o el nivel de ingreso de mi hogar. Además, autorizo a DES-CSA y/o sus agencias delegadas, a contactar a las entidades necesarias para establecer la exactitud de esta información que he dado aquí. Si DES-CSA me considera elegible, doy mi permiso para que Qwest use mi nombre, n'mero de seguro social, dirección y n'mero telefónico para propósitos de recibir un descuento en mi factura telefónica.

Certifico bajo pena de perjurio que la información de arriba es verdadera y que no estoy recibiendo créditos Lifeline en ninguna otra cuenta telefónica o de telefonía móvil. He leído la información en esta solicitud y entiendo que debo cumplir con los requisitos arriba mencionados para recibir Asistencia Telefónica (Lifeline y/o Link-Up) en mi línea residencial primaria.

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe por correo la forma completa y la documentación que la apoya a: **Arizona Department of Economic Security-CSA  
 Lifeline Telephone Discount Program – 086Z  
 PO Box 6123  
 Phoenix, AZ 85005-6123**